

# PRÁTICAS CONVENCIONAIS DO PARTO E VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA SOB A PERSPECTIVA DE PUÉRPERAS

---

## CONVENTIONAL PRACTICES OF CHILDBIRTH AND OBSTETRIC VIOLENCE UNDER THE PERSPECTIVE OF PUERPERAL WOMEN

---

## PRÁCTICAS CONVENCIONALES DE PARTO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA BAJO LA PERSPECTIVA DE PUÉRPERAS

Vanuza Silva Campos<sup>1</sup>

Ariane Cedraz Morais<sup>2</sup>

Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza<sup>3</sup>

Pricila Oliveira de Araújo<sup>4</sup>

**Como citar este artigo:** Campos VS, Morais AC, Souza ZCSN, Araújo PO. Práticas convencionais do parto e violência obstétrica sob a perspectiva de puérperas. Rev baiana enferm. 2020;34:e35453.

**Objetivo:** compreender a experiência de puérperas com as práticas convencionais do parto e violência obstétrica. **Método:** estudo qualitativo, descritivo e exploratório, realizado com oito mulheres em unidades de Atenção Básica de um município da Bahia. A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados conforme a técnica de Bardin. **Resultados:** foi percebido um cenário de assistência obstétrica deficiente, desrespeitoso, medicalizado, centrado na decisão do profissional e, por vezes, violento, transformando a vivência do parto para muitas mulheres em uma experiência negativa, frustrante e até traumática. **Conclusão:** o cenário de assistência obstétrica em algumas maternidades no município de estudo mantém práticas convencionais de assistência ao parto, que, em muitos casos, constituem-se como violência obstétrica, diante da falta de evidências que apontem os benefícios e justifiquem seu uso.

**Descritores:** Parto Normal. Enfermagem Obstétrica. Violência contra a Mulher.

*Objective: to understand the experience of puerperal women with the conventional practices of childbirth and obstetric violence. Method: qualitative, descriptive and exploratory study, conducted with eight women in Basic Care units of a city in Bahia. Data were collected through a semi-structured interview. The data were analyzed according to the Bardin's technique. Results: the study revealed a scenario of poor obstetric care, disrespectful, medicalized, centered on the decision of the professional and sometimes violent, transforming the experience of childbirth for many women into a negative, frustrating and even traumatic experience. Conclusion: the scenario of obstetric care in some maternity hospitals in the city of study maintains conventional practices of assisted childbirth, which, in many cases, constitute as obstetric violence, given the lack of evidence to suggest the benefits and justify their use.*

*Descriptors: Natural Childbirth. Obstetric Nursing. Violence against Women.*

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. vanuzacampos5@gmail.com. <http://orcid.org/0000-0003-2838-7895>.

<sup>2</sup> Enfermeira Obstétrica. Mestre em Saúde da Mulher. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0001-9445-4596>.

<sup>3</sup> Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-4573-525X>.

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. <http://orcid.org/0000-0002-7941-9263>.

*Objetivo: comprender la experiencia de puérperas con las prácticas convencionales de parto y violencia obstétrica. Método: estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio realizado con ocho mujeres en unidades de Atención Básica de un municipio del estado de Babía. La recogida de datos se realizó por medio de una entrevista semi-estructurada. Los datos fueron analizados según la técnica de Bardin. Resultados: se observó un escenario de la atención obstétrica deficiente, irrespetuoso, centrado en el medicamento y en la decisión de los profesionales y a veces violento, transformando la experiencia del parto para muchas mujeres en una experiencia negativa, frustrante e incluso traumática. Conclusión: el escenario de la atención obstétrica en algunas maternidades en el municipio de estudio mantiene las prácticas convencionales de la asistencia en el parto, lo cual, en muchos casos, se constituye como la violencia obstétrica, dada la falta de pruebas que sugieren las ventajas y justifiquen su uso.*

*Descriptores: Parto Natural. Enfermería Obstétrica. Violencia contra la Mujer.*

## Introdução

O contexto atual de nascimento resulta de um longo processo de transformações, e entre elas, destaca-se que o parto é um evento natural, feminino, e se modificou com a inserção da presença masculina no exercício da medicina, a fim de atender a interesses que não priorizavam a autonomia da mulher. Então, gradativamente, o parto de caráter íntimo e privado perdeu espaço para o acontecimento em unidades hospitalares<sup>(1)</sup>.

Essa alteração visava inicialmente à redução dos altos índices de mortalidade materna e perinatal que impactavam diretamente na economia das nações. Os resultados foram inicialmente positivos, com a melhora dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais; mas, contraditoriamente, foi atribuído ao parto um caráter patológico, permeado por intervenções muitas vezes desnecessárias. Dessa maneira, o evento foi desnaturalizado e tornou-se eminentemente medicalocêntrico, hospitalizado e medicalizado<sup>(2)</sup>.

Entretanto, desde a década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) tem buscado mudar essa realidade mediante formulação de proposições e políticas que atendam integralmente às necessidades das mulheres e humanizem o cuidado ao parto. Mesmo assim, percebe-se que a assistência obstétrica no país ainda está distante do ideal, visto que segue o modelo tecnocrático e reducionista, em que se destaca o uso indiscriminado de tecnologias e intervenções, além das elevadas taxas de cesarianas, desconsiderando as consequências negativas envolvidas<sup>(3-4)</sup>.

Nesse cenário, destaca-se o que hoje é denominado violência obstétrica, que tem ganhado

cada vez mais visibilidade, sendo caracterizada como qualquer agressão ou dano físico, verbal ou psicológico durante o período gravídico-puerperal. Dessa forma, o parto – muitas vezes idealizado pelas mulheres, por representar um momento especial e de transição na vida de muitas delas – pode ser transformado em uma experiência negativa e até mesmo traumática. Urge, portanto, que essa realidade seja revista, a fim de garantir uma atenção humanizada e digna ao nascimento.

Em relação à atenção humanizada, ainda existe resistência de profissionais de saúde em mudarem suas práticas, e as pesquisas podem dar subsídios para a tomada de decisões que resultem na reformulação da atenção prestada. Assim, o objeto da pesquisa que respaldou este artigo foi a experiência de puérperas com as práticas convencionais do parto e violência obstétrica.

Dito isso, dar voz às protagonistas do parto e conhecer as suas percepções a respeito dessa vivência é uma das ferramentas mais fidedignas para se aproximar dessa realidade e identificar as fragilidades e possíveis potencialidades do cuidado oferecido pelos serviços de saúde.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é analisar a experiência de puérperas com as práticas convencionais do parto e violência obstétrica.

## Método

Estudo de caráter qualitativo, descritivo e exploratório, para atender à subjetividade do tema e valorizar a percepção da mulher sobre a realidade vivenciada por ela. Recorte de um

trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem.

O estudo foi realizado em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e duas Unidades de Saúde da Família (USF) numa cidade do interior da Bahia. As participantes foram oito mulheres no período puerperal que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: puérperas entre o 10º e o último dia do período puerperal, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, realizaram o pré-natal nas unidades selecionadas e tiveram parto por via vaginal na cidade de estudo.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e dezembro de 2018, utilizando como técnica a entrevista semiestruturada, com base na questão norteadora: "Fale sobre sua experiência com o parto normal." Foi realizada na UBS ou USF a qual a puérpera estava vinculada, ou no próprio domicílio daquelas participantes que julgaram ser mais cômodo e/ou seguro; neste último caso, foi solicitado o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para localizar a residência.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin, respeitando as três fases estabelecidas: pré-análise, análise e tratamento dos resultados<sup>(5)</sup>. A pré-análise correspondeu ao período de organização do material e sistematização das ideias iniciais, no qual as entrevistas foram realizadas e gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, possibilitando um entendimento prévio dos futuros resultados. A análise consistiu na sistematização, aprofundamento e compreensão das informações obtidas na fase anterior, após a impressão das entrevistas e leituras exaustivas do material. A última fase destinou-se ao tratamento dos resultados, de maneira a serem significativos e válidos, por meio de agrupamento em categorias para maior compreensão.

Os aspectos éticos e legais foram atendidos em todas as etapas da pesquisa, conforme a Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>(6)</sup>, e a coleta de dados ocorreu após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) (CAAE: 86652618.8.0000.0053 e Parecer

n. 2.747.155), e concordância das entrevistadas mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Ressalta-se que todas as informações foram mantidas em sigilo, garantindo o anonimato das participantes, adotando-se a substituição dos nomes reais por nome de flores, para respeitar sua privacidade e os princípios éticos.

## Resultados e Discussão

Participaram do estudo 8 puérperas entre 16 e 32 anos, sendo a faixa etária predominante dos 17 aos 25 anos. Em sua maioria, autodeclararam-se pardas (5), solteiras (6), com 2º grau completo (4), com renda familiar igual ou maior que um salário mínimo (6) e realizaram mais de 6 consultas de pré-natal (5). Não houve diferença quantitativa entre participantes primíparas e múltíparas. Enfatiza-se que os partos foram realizados em diferentes maternidades do município, públicas ou privadas.

### *Desrespeito pela escolha da mulher em relação à via de parto*

As mulheres, em sua maioria, preferem o parto normal em detrimento do operatório, como demonstrado pelas participantes do estudo, porém são frequentes as dificuldades impostas para o exercício dessa autonomia sobre seus corpos. Dentre essas, destacam-se situações em que os profissionais decidem a respeito do tipo de parto, indicando e realizando cesarianas, em muitos casos, inclusive, sem atender a critérios e/ou classificações preconizados<sup>(7)</sup>.

Esse modelo de atenção à saúde, essencialmente biomédico, contribuiu para a diminuição/perda gradativa da autonomia e do protagonismo da mulher no momento do parto, aumentando assim a assimetria entre os profissionais de saúde e as usuárias dos serviços<sup>(8)</sup>. Nesse contexto, em muitos casos, a mulher é informada sobre a decisão médica sem participar da discussão acerca da escolha da via de parto<sup>(9)</sup>. Isso pode ser ilustrado nas falas das entrevistadas Jasmim e Orquídea:

*Eles não perguntaram não, mas eu sempre preferi parto normal. Ab, eu tenho medo daquela anestesia da cesárea, morro de medo. Eu acho assim, sendo parto normal é bom [...] Eu não aconselho ninguém a cesárea não. Até porque a recuperação é melhor né? (JASMIM).*

*[...] eu estava com medo, porque a minha primeira filha foi normal, aí eu falei: “então não vou ter cesáreo [...]” Eu estava em dúvida, para mim, o que na hora fosse melhor para mim, eu queria. Mas não que a pessoa... Ela me impôs a ter cesárea entendeu? Porque ela disse assim “eu posso lhe internar se você for ter cesáreo, mas normal não, você pode voltar pra casa”, tipo assim. (ORQUÍDEA).*

As falas das entrevistadas denotam um aspecto que pode ser observado no cotidiano de muitas maternidades, que é a ausência do diálogo a respeito dos sentimentos das parturientes, as experiências anteriores com o parto, as suas dúvidas, que incluem a via, o uso de medicamentos como a anestesia, se necessário, ou outras condutas. A preferência das mulheres pelo parto normal, em muitas situações, não é valorizada pela equipe de saúde que presta a assistência, reforçando a decisão sobre a via de parto pautada na predileção profissional e pela cultura do parto cesáreo como prevenção de complicações.

Essa via de predileção de escolha médica, em larga escala, é o parto cirúrgico que se popularizou e passou a ser utilizado com maior frequência, objetivando melhorar a assistência e os desfechos maternos e neonatais; porém, seu uso tem sido feito de forma excessiva e indiscriminada<sup>(10)</sup>.

*Ela não me perguntou se era cesárea ou se era normal, ela já deu o toque e falou: “é, a gente faz uma cesárea, porque vai demorar” [...] como é que ia demorar se nem deu tempo dela me preparar e o menino nasceu, entendeu? [...] quando ela me virou para dar a raqui, aí foi que eu gritei... o anestesista veio, aí quando ele abriu minhas pernas, ele falou que não dava tempo, aí ela ficou falando: “ab, vocês viram meninas, ele desceu muito rápido” [...] (ORQUÍDEA).*

Com base nesse relato, percebe-se a decisão verticalizada sobre o tipo de parto a ser realizado, o que lesou a autonomia da mulher e desrespeitou o seu direito de escolha. Mesmo que a princípio a mulher não tivesse escolha definida acerca do tipo de parto, sentiu-se excluída no processo decisório sobre os desfechos de sua gestação.

Nessa ocasião, assim como demonstrado em outros estudos, a profissional médica constituiu

um indutor à escolha do parto cesáreo, mesmo sem expressar evidência científica ou justificativa para essa recomendação, o que se relaciona às indicações comuns de cesárias desnecessárias. Também contraria as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza a existência de uma razão válida para interferir no processo natural do parto<sup>(11-12)</sup>.

Ainda assim, situações como essa ocorrem rotineiramente, principalmente em instituições privadas, que priorizam as cesarianas muitas vezes “desnecessárias”. Como consequência desse intervencionismo médico, o setor privado apresenta mais que o dobro de partos cirúrgicos se comparado ao público, desproporção que sugere que essa elevada realização de parto operatório envolve fatores não clínicos<sup>(13)</sup>.

Essa cultura favorece uma assistência obstétrica cesarista e de pouco diálogo, transferindo para o médico o comando e o poder de decisão sobre o processo da parturição<sup>(14)</sup>. Além da restrição da autonomia, essa conduta priva a mulher e o seu recém-nascido das vantagens proporcionadas pelo parto normal, além de expor ambos a riscos oriundos do parto cirúrgico, tendo em vista que as cesáreas, sem a devida indicação, estão associadas a maiores riscos para a saúde materna e infantil<sup>(13)</sup>.

Todavia, o Brasil continua sendo um dos países com maior incidência de cesarianas em contexto mundial. Portanto, diante dessa realidade, faz-se necessário rever a participação e a autonomia das gestantes na decisão sobre a via de parto e o desfecho de sua gravidez, envolvendo o fortalecimento do empoderamento feminino pelos profissionais de saúde<sup>(8,13)</sup>.

Dessa forma, é fundamental que a mulher conheça o processo de parturição e prepare-se para isso, reforçando-se a particularidade de cada parto. Assim, poderá vivenciá-lo de forma plena, concretizando uma experiência única, em que suas vontades e escolhas sejam respeitadas sem julgamentos pelos profissionais envolvidos. Por sua vez, essas ações também garantem maior satisfação às mulheres ao perceberem a participação ativa nas decisões sobre seu processo de parturição e, desse modo, são capazes

de enriquecer a sua própria experiência com o parto<sup>(15)</sup>.

### *Práticas convencionais do parto e violência obstétrica*

A experiência com o parto por vezes é caracterizada por dor, sofrimento e agressão. Isso porque, além de intervenções desnecessárias e/ou dolorosas, também são comuns restrições cientificamente insustentáveis e atitudes profissionais que constituem violência obstétrica (VO), seja ela física, psicológica ou verbal. Então, o cenário comumente reflete uma assistência desumanizada e que repercute no transcorrer do parto em sentimentos de insegurança, ansiedade e medo<sup>(15-16)</sup>.

Correspondendo a isso, destacou-se nas falas das puérperas do presente estudo, algumas práticas convencionais de assistência ao parto, como o uso indiscriminado de ocitocina, a prática rotineira de episiotomia, a realização de amniotomia, puxos dirigidos, adoção exclusiva de posições horizontalizadas para o nascimento, negação do acompanhante, restrições desnecessárias, sensações de abandono, descaso, desvalorização de suas queixas e falta de esclarecimentos. Dentre esses, predominou nas falas das participantes o uso da ocitocina, hormônio que tem a finalidade de iniciar ou aumentar as contrações rítmicas a qualquer momento da gravidez, normalmente por via endovenosa. Seu uso, no entanto, pode produzir efeitos adversos, dentre eles taquisistolia, hipertonia, hiperestimulação uterina e/ou rotura uterina e, para o feto, sofrimento fetal agudo<sup>(17)</sup>.

*Meu parto foi normal, me colocaram no soro [...] vieram cinco contrações, umas três fracas e duas fortes, aí eu tive. Eles me colocaram no soro pra ver se eu tinha... porque eu já tinha estourado a bolsa, porque estourou em casa, aí eu fui lá [...] eles me colocaram no soro pra ver se eu tinha normal ou cesáreo. (AZALEIA).*

Como demonstrado por esse relato, essa intervenção foi realizada de forma rotineira, objetivando induzir o parto ou acelerar as contrações sem a devida avaliação e critérios, sendo esta uma das primeiras medidas a serem realizadas na chegada às maternidades. Isso se destaca ainda

mais no relato de uma das participantes que pariu enquanto a equipe preparava a venóclise:

*Quando chegou lá, eles mandaram eu sentar. Nisso eles estavam preparando a sala pra induzir, botar aquele remédiozinho na veia, aí não deu tempo deles fazerem isso. Aí eu sentei na maca, nisso que eu sentei, eles mandaram eu colocar uma força, aí eu coloquei minha força, e aí o menino corrou e saiu. (MARGARIDA).*

Nessa perspectiva, é importante que se aguarde a evolução do trabalho de parto naturalmente, até que a dilatação cervical atinja seis centímetros, isto é, a fase ativa de dilatação. Desse modo, considerando condições fetais e maternas seguras, o uso antes desse limiar não é recomendado, e mesmo após atingi-lo, devem ser avaliadas criteriosamente as características da contratilidade uterina<sup>(18)</sup>.

Em muitas situações, a administração de ocitocina não atende aspectos, como indicação baseada em evidência científica, tempo de uso, dosagem e monitoramento dos efeitos colaterais. O uso indiscriminado na atualidade acontece por conveniência médica ou da parturiente, mesmo sendo uma medicação potencialmente perigosa e usada para acelerar um processo fisiológico que seria geralmente alcançado sem essa intervenção<sup>(19)</sup>.

Pela naturalidade dos relatos, esses procedimentos foram compreendidos pelas puérperas como rotineiros e dentro da normalidade. As mulheres geralmente entendem que são incapazes de desencadear o trabalho de parto de forma espontânea, sendo assim, o uso da ocitocina é percebido como indispensável, descaracterizando o potencial fisiológico do trabalho de parto<sup>(12)</sup>.

Além do uso de ocitocina, destacou-se também a realização da episiotomia ou “pique”, que é um corte realizado com uma tesoura ou bisturi no introito vaginal, que deve ser feito após anestesia local e que pode comprometer diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões<sup>(20)</sup>.

Essa prática, de acordo com a OMS, é frequentemente utilizada de modo inadequado, sem justificativa para uso rotineiro, pois não traz benefícios para a mãe nem para o bebê. Ao contrário disso, esse corte traz desconforto e dor

local, além de rigidez no períneo, quando é feito de forma subsequente<sup>(18,21)</sup>.

*Na hora você não é informada, porque você está lá... no meu caso, não vinha, aí ela deu a anestesia e cortou, depois ela me informou que tinha que costurar porque tinha aberto.* (ROSA).

Nesse depoimento, para além de evidenciar o uso indiscriminado da episiotomia, destaca-se a falta de consentimento ou mesmo consciência por parte da mulher do que seria realizado. Essa prática, em que procedimentos são executados sem os profissionais informarem ou explicarem a necessidade e a finalidade, é comum e grave, por não dar chance à mulher ter autonomia sobre seu próprio corpo<sup>(22)</sup>.

Em outra perspectiva, a episiotomia está imbricada de forma tão cultural, que faz parte do imaginário das mulheres como uma ação positiva e facilitadora do parto, como se destaca no relato de Orquídea, que se mostrou insatisfeita pela médica ter se recusado a realizar o procedimento, mesmo sob seu pedido.

*E não cortou, que da minha primeira filha cortou [...] ela deixou dilacerar toda, lascou mesmo, lascou tudo e ela teve que vim me costurando, que ela não cortou, aí a dor acabou sendo maior. Eu pedi pra ela cortar.* (ORQUÍDEA).

Além das intervenções citadas, em menor escala, as entrevistadas mencionaram toques vaginais repetitivos, amniotomia e puxos dirigidos, práticas também não recomendadas.

*Eu passei pela sala do toque com a enfermeira, depois eu fui para a médica, aí fizeram outro toque de novo.* (MARGARIDA).

*Furaram a bolsa, porque não tinha estourado. Fiquei com medo, acho que as dores foram mais intensas porque eu fiquei nervosa também na hora.* (GIRASSOL).

*Pra sair o menino rápido ela mandou segurar as pernas e puxar pra trás e botar força pra sair.* (TULIPA).

Em relação aos “toques” ou exame vaginal de rotina, a OMS recomenda sua realização em intervalos de quatro horas para avaliação da evolução do trabalho de parto. Assim, deve-se atentar a restringir a frequência e o número total de exames vaginais, principalmente quando realizados por múltiplos profissionais<sup>(18)</sup>.

A prática isolada de amniotomia precoce – rompimento artificial da bolsa – para prevenção de trabalho de parto prolongado não é

recomendada, vez que não existem evidências claras de que os benefícios potenciais da prática superam os danos potenciais<sup>(18)</sup>.

A prática conhecida como puxos dirigidos, que direciona a mulher a fazer força, também não é recomendada, visto que não há evidências de qualquer benefício com esta técnica, podendo culminar em outras intervenções médicas. Recomenda-se que as mulheres sigam seu próprio desejo de empurrar, o que está associado à sensação de controle e autonomia em seu processo parturitivo<sup>(18)</sup>.

Com base nessa discussão, pode-se inferir que as intervenções no cenário obstétrico são realizadas de forma rotineira e que os critérios instituídos para sua aplicação não são respeitados pelos profissionais. Assim, não consideram as evidências científicas, nem a opinião, a autonomia, o protagonismo e a vontade das mulheres<sup>(22)</sup>.

Para mais, foi identificada também a proibição, restrição ou dificuldades para a garantia da presença de acompanhante, apesar de regulamentada pela Lei Federal n. 11.108/2005<sup>(23)</sup>. Aquelas que, ainda com dificuldade, tiveram a presença de acompanhante, referiram como um fator positivo e tranquilizador.

*Eu acho que por norma do hospital, lá não fica acompanhante na hora do parto. Fica depois se você tiver parto cesário, mas normal não.* (ROSA).

*Tive minha sogra. Eu fiquei mais confiante né? Fiquei mais à vontade do que tá só. Porque assim, não foi totalmente no parto, foi só lá na sala mesmo, onde fica o bebê. Foi antes do parto, porque no parto diz que não pode ficar na sala.* (AZALEIA).

*Minha mãe ficou comigo. Foi bom, porque eu não queria ficar só não, só queria ficar com ela.* (CRAVO).

As falas acima corroboram estudo no qual as mulheres também ressaltaram que a presença de um acompanhante, no momento do nascimento, propiciou tranquilidade e calma, associando-se a companhia a maiores níveis de satisfação com a experiência do parto, e maior, quando a escolha dessa pessoa for realizada pela mulher<sup>(24)</sup>.

Em concordância, outro estudo mostrou que a presença do acompanhante, com apoio contínuo durante o trabalho de parto, proporciona suporte emocional, medidas de conforto

e defesa, assim como contribui para redução de possíveis complicações e intervenções<sup>(15)</sup>.

Além da prática dessas intervenções ou restrições desnecessárias, identificou-se também no estudo que todos os partos foram em posição de litotomia, isto é, realizados com a mulher em decúbito dorsal. Percebe-se, então, que é uma prática ainda arraigada nas maternidades, intimamente relacionada ao modelo assistencial hospitalocêntrico, constituindo uma limitação importante de liberdade corporal<sup>(21)</sup>.

*A mulher disse que não era pra eu ir para o banheiro, a enfermeira no caso, porque se não eu iria ter ele e ele iria cair no vaso sanitário, aí eu fiquei deitada, e quando vieram as contrações, eu peguei e fiz a força e ele nasceu. Ela não queria deixar, aí eu tive que obedecer [risos], porque fiquei com medo dele cair na privada. (CRAVO).*

Sobre esse aspecto, tem-se que em países ocidentais, os fatores culturais, aliados à falta de evidências científicas, fazem com que as gestantes permaneçam, na maior parte do trabalho de parto, em posição horizontal<sup>(25)</sup>. Destaca-se que o medo é a maior motivação para adoção dessa posição pelas parturientes, fomentado pelo próprio profissional, ao induzir o pensamento delas de que qualquer livre movimentação fará com que o bebê caia<sup>(21)</sup>.

Para além de todos os aspectos já relatados, as falas a seguir denotam descaso, abandono, solidão, maus tratos e desvalorização da dor por parte da equipe, o que se configura uma violência obstétrica.

*Eles me deixaram numa sala lá de parto, aí quando viram que eu não ia aguentar as dores, já estava sangrando, me levaram pra outra sala de parto para me ajudar a ter. Eu falei que não estava aguentando mais as dores, aí ela falou "ab, é assim mesmo", quando viram que eu estava sangrando muito, aí foi que eu fui pra outra sala que elas foram me ajudar a ter ele, foi dar uma força né? Porque eu já estava pra sair correndo de tanta dor. (GIRASSOL).*

*Porque elas ficaram fechando minha perna e tal, não fez nada pra mim ter normal. Eu tive normal praticamente sozinha. Porque elas me fizeram raiva no caso né? (ORQUÍDEA).*

Essa percepção negativa da forma de atendimento recebido pelos profissionais de saúde, de maneira rude e agressiva, com indiferença e descaso, indica que a mulher não encontrou o apoio desejado. Portanto, experiências insatisfatórias

de parto também estão intimamente relacionadas a níveis de desatenção da equipe<sup>(12)</sup>.

### *Naturalização da violência obstétrica*

Apesar de todos esses relatos que caracterizam uma assistência medicalizada, intervencionista, profissional-centrada, com situações desconfortáveis ou mesmo violentas, por fim as mulheres geralmente avaliam o atendimento e a assistência ao parto como bons.

*Eu achei tranquilo, porque tanta gente relata tanta coisa, né? Que pariu na frente da maternidade, querendo ou não, eu fui bem atendida, as pessoas que estavam lá me deram suporte, então não tenho nem do que reclamar. (ROSA).*

*A equipe foi boa, porque o médico toda hora ia lá, perguntava se estava sentindo dor, aí eu falava que estava, aí ele falava "o seu vai ser normal, espere mais um pouquinho". Foi tranquilo, me trataram bem, o médico toda hora estava, as médicas toda hora estavam lá, fizeram o toque. (AZALEIA).*

Isso acontece porque, apesar da violência se constituir como um evento antigo resultante do processo de medicalização do parto, muitas pessoas não reconhecem essas ações contra as mulheres como uma violência, e sim, como procedimentos comuns e de rotina que devem ser realizados durante o parto. Como são atos corriqueiros, acabam sendo passados despercebidos pelas mulheres que sofrem e principalmente pela sociedade, concretizando a naturalização dessas violências<sup>(22)</sup>.

Ao contrário da prática de procedimentos e intervenções desnecessárias que passam muitas vezes despercebidos, por serem sutis e em grande parte desconhecidos pela população em geral, os maus-tratos verbais e psicológicos, assim como descaso e indiferença, são prontamente percebidos e sentidos pelas mulheres, que atribuem insatisfação com o atendimento recebido, como ilustrado pela fala a seguir:

*Mas tem algumas enfermeiras lá que eu não gostei, porque ele [o bebê] engoliu resto de parto, aí ele não chorou durante o parto, aí tive que chamar uma enfermeira pra olhar o que é que ele tinha, que ele estava assim se sufocando, roxo [...] querendo chorar e sem conseguir chorar. Aí teve uma lá que achou ruim porque fui chamar ela, que disse que era normal, desse jeito. Aí eu falei que ele estava sentindo dor, aí ela queria que eu provasse o que é que ele estava sentindo, aí veio na maior ignorância, aí pegou e saiu. (GIRASSOL).*

Entretanto, para a mulher que vive o momento parturitivo, o que importa no desfecho do parto é acalantar em seus braços um recém-nascido saudável. Então, ainda que enfrentem alguns contextos de violência obstétrica, na percepção delas são aspectos secundários, necessários e inerentes à parturição. Desse modo, o choro do filho vivo muitas vezes anula todos os desconfortos vivenciados.

*Rapaz... Foi uma experiência... não digo que foi ruim. A experiência é boa, porque no final é recompensador, entendeu?* (MARGARIDA).

*[...] mas depois quando eu tive ele, ah! a experiência é outra, a emoção é muito grande. Pra mim foi tudo, quando ele nasceu eu já senti já um alívio nas dores, em tudo, em ver o rostinho dele, foi tudo.* (GIRASSOL).

Soma-se a isso o fato de que mesmo diante desse quadro de (des)assistência obstétrica, no Brasil ainda não existe uma lei que enquadre a violência obstétrica, ao contrário de países como a Venezuela e a Argentina. No entanto, mesmo sem legislação específica, deve-se buscar combater esse tipo de violência mediante a implantação efetiva do parto humanizado, garantindo os direitos fundamentais das parturientes. Para isso, é indispensável reavaliar a eficácia e a necessidade de realização dessas intervenções obstétricas com base em evidências científicas, levando em conta principalmente os riscos e desconfortos para as mulheres<sup>(22)</sup>.

Em associação à não realização de intervenções desnecessárias e prejudiciais, é fundamental também realizar a assistência de forma calma, atenciosa, prestando as devidas orientações e cuidado, por meio de atitudes respeitadas e acolhedoras, que auxiliem e promovam apoio e conforto, repercutindo numa evolução positiva do parto, com tranquilidade, segurança e confiança no atendimento e, conseqüentemente, garantindo a humanização do parto e uma experiência satisfatória<sup>(12)</sup>.

Por humanização da assistência, além de evitar intervenções desnecessárias impostas pelas rotinas hospitalares, compreende-se reconhecer os aspectos culturais próprios da mulher e, prioritariamente, respeitar o protagonismo e o tempo de cada uma no processo de parturição<sup>(11)</sup>.

Sob essa concepção, implica que o parto seja realizado sob um olhar holístico, provido de apoio, ternura, carinho, valorização e respeito à dignidade da mulher que está sendo assistida<sup>(13)</sup>.

Nesse contexto, estudos feitos internacionalmente destacam a atuação das enfermeiras obstétricas (EO) na concretização dessa humanização, profissionais fundamentais para uma reestruturação do modelo de assistência obstétrica. Esse diferencial é explicado devido ao enfoque que as EO utilizam no cuidado às gestantes, encorajando essas mulheres no exercício de boas práticas. Ainda, relaciona-se à redução de intervenções obstétricas e à maior satisfação das mulheres – por serem ouvidas, orientadas e assistidas em todos os aspectos biopsicossociais de forma humanizada<sup>(21)</sup>.

Diante do exposto, o estudo traz como contribuições a compreensão acerca da experiência com o parto normal pela ótica das mulheres, visto que essas deveriam ser as protagonistas dos seus partos e, portanto, com maior propriedade para decidir em parceria com os profissionais de saúde as condutas no seu parto.

## Conclusão

Conclui-se que, apesar de alguns avanços, o cenário de assistência obstétrica em algumas maternidades no município de estudo mantém práticas convencionais de assistência ao parto, que, em muitos casos, se constituem como violência obstétrica, diante da falta de evidências que apontem os benefícios e justifiquem seu uso.

Nesse âmbito, o ambiente hospitalar destacou-se como potencializador desse tipo de experiência devido à falta de esclarecimento às mulheres, seguida por atitudes de descaso, abandono, perda de autonomia, restrição ou proibição de acompanhante, maus tratos e desvalorização da dor.

Portanto, a concretização da humanização do parto envolve principalmente a sensibilização dos profissionais que assistem às mulheres, associada à disseminação de informações com embasamento científico para elas. Ações humanizadas estão relacionadas à empatia por parte do



profissional ao realizar o cuidado, e o exercício de direitos pelas parturientes depende do conhecimento delas acerca do processo de parturição.

Associado a isso, faz-se necessário que a sociedade civil, por meio de conselhos de saúde, organizações e grupos de mulheres denunciem situações de violência obstétrica, fiscalizem os serviços com base nos relatos femininos, para colaborar na redução de um dos maiores índices de cesarianas no mundo, que é o brasileiro, e de uma violência obstétrica naturalizada pelos profissionais de saúde e silenciada pelas instituições de saúde.

### Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Vanuza Silva Campos e Ariane Cedraz Morais;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Vanuza Silva Campos, Ariane Cedraz Morais, Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza e Pricila Oliveira de Araújo;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Vanuza Silva Campos, Ariane Cedraz Morais, Zannety Conceição Silva do Nascimento Souza e Pricila Oliveira de Araújo.

### Referências

1. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico [Internet]. Genebra (CH); 1996 [cited 2018 Dec 26]. Available from: [http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit\\_atencao\\_perinatal/manuais/assistencia\\_ao\\_parto\\_normal\\_2009.pdf](http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: Versão Resumida [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2018 Dec 26]. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/diretrizes-nacionais-de-assistencia-ao-parto-normal-versao-resumida/>
3. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet]. Genebra (CH); 2015 [cited 2019 Jan 10]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/O\\_R\\_15.02\\_f.jsessionid=83C7FC4D8BAB0E6954557A7E37BDE8E5?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/O_R_15.02_f.jsessionid=83C7FC4D8BAB0E6954557A7E37BDE8E5?sequence=3)
4. Medeiros RMK, Teixeira RC, Nicolini AB, Alvares AS, Corrêa ACP, Martins DP. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Rev Bras Enferm.* 2016 dez; 69(6):1091-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0295>
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF); 2012 [cited 2019 Jan 10]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
7. Nascimento RP, Arantes SL, Souza EDC, Contreras L, Sales APA. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(spe):119-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56496>
8. Kottwitz F, Gouveia HG, Gonçalves AC. Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Esc Anna Nery.* 2018;22(1):e20170013. DOI: [10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013](http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0013)
9. Silva SPC, Prates RCG, Campelo BQA. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev Enferm UFSM.* 2014 jan-mar;4(1):1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/217976928861>
10. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnoatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene.* 2014 mar-abr;15(2):362-70. DOI: [10.15253/2175-6783.2014000200022](http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200022)
11. Tostes NA, Seild EMF. Expectativas de Gestantes sobre o Parto e suas Percepções acerca da Preparação para o Parto. *Temas psicol.* 2016 jun;24(2):681-93. DOI: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-15>
12. Velho MB, Santos EKA, Collaco VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. *Rev Bras Enferm.* 2014 mar-abr;67(2):282-9. DOI: [10.5935/0034-7167.2014003](http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.2014003)
13. Vicente AC, Lima AKBS, Lima CB. Parto cesário e parto normal: uma abordagem acerca de riscos benefícios. *Temas em Saúde* [Internet].

- 2017 [cited 2019 Jan 17];17(4):24-35. Available from: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/01/17402.pdf>
14. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2011 maio-jun [cited 2019 Jan 17];61(3):376-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n3/v61n3a14.pdf>
  15. Silva AM, Silva CFA, Barros JS, Lima KBC, Lima PC, Maia JS, et al. Os benefícios da livre movimentação no parto para alívio da dor. *Rev Recien*. 2017;7(20):70-81. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.20.70-81>
  16. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev bras med fam comunidade*. 2015;10(35):1-12. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
  17. Mattos DV, Martins CA, Matao MEL, Oliveira LB. Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. *Rev enferm UFPE*. 2017 jun;11(6):2273-8. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i6a23387p2273-2278-2017>
  18. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva (CH); 2018 [cited 2019 Jan 7]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/9789241550215>
  19. Clarck SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Ocitocina: novas perspectivas para uma droga antiga. *Rev Tempus Actas Saúde Col* [Internet]. 2010 [cited 2018 Dec 25];4(4):161-72. Available from: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/te mpus/article/ view/844/807>
  20. Rede Parto do Princípio. Violência Obstétrica “Parirás com dor” [Internet]. Brasília (DF); 2012 [cited 2018 Dec 26]. Available from: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
  21. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2008 out-dez [cited 2019 Jan 17];16(4):472-6. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a03.pdf>
  22. Santiago DC, Souza WKSS, Nascimento RF. Violência obstétrica: uma análise das consequências. *Rev Científica FASETE* [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 25];22:148-64. Available from: [https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia\\_obstetrica\\_uma\\_analise\\_das\\_consequencias.pdf](https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf)
  23. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília (DF); 2005 [cited 2019 Jan 17]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm)
  24. Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*. 2012 abr-jun;21(2):458-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200026>
  25. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. 2014 abr-jun;18(2):505-12. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140037>

Recebido: 7 de fevereiro de 2020

Aprovado: 11 de maio de 2020

Publicado: 15 de junho de 2020



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.